Beitrag

zur Lehre von der

Hernia obturatoria.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

WALTER GAMPERT

aus Neureichenau.

NÜRNBERG.
Buchdruckerei von J. L. Stich.
1915.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Privat-Dozent Dr. Lobenhoffer.**

Beitrag zur Lehre von der Hernia obturatoria.

Hilgenreiner macht in seinen Ausführungen über seltene Brucharten (1910) Angaben, wonach verschiedene Gesichtspunkte für das seltene Vorkommen gewisser Hernien bestimmend sind, so

1. Art und Lage der Hernie,
2. Bruchinhalt,
3. Pathologische Veränderung des Bruchsackes oder des Inhaltes,
4. Ungewöhnlicher Darmverschluß.

Art und Lage sind es, weshalb die Hernia obturatoria weniger häufig zur Beobachtung kommt. In der Literatur ist Arnaud de Ronsil (1720) der erste, der diese Bruchform bekannt gibt. Es erschienen dann darüber im Laufe der Zeit mehrere Arbeiten, bis in den letzten Jahren Graser (1902) sämtliche Fälle von Hernia obturatoria, 200 an der Zahl, zusammenstellte. Was von da ab veröffentlicht wurde, hat Eckstein in seiner Dissertation (1909) gesammelt und 58 neue Beobachtungen dazugesellt. Seit dieser Zeit weist die Literatur verschiedene Fälle auf, über die ich im Folgenden kurz berichten will, abgesehen von 6 Fällen der Leipziger chirurgischen Klinik, die erst vor kürzester Zeit durch Erich Meyer in seiner Dissertation (1914) zur Veröffentlichung kamen.

Gelpke (1909): 72jährige Bauersfrau hat drei Geburten, keine schweren Krankheiten durchgemacht und zeitlebens harte Feldarbeit verrichtet. Seit Jahren leidet sie an vier Brüchen, zwei Leisten- und zwei Schenkelbrüchen. Sie hat ausgesprochene Jleussymptome und eine deutliche schmerzhafte und druckempfindliche Resistenz unterhalb des linken horizontalen Schambeinastes. Bei der vaginalen Untersuchung war eine deutliche schmerzhafte Resistenz im kleinen Becken links zu finden, sodaß die Diagnose auf Hernia obturatoria incarcerata gestellt wurde. Operation: Laparotomie. Heilung.

Zinner 1910: 47jährige Frau, die zehnmal geboren, bekommt in langen Intervallen attackenartiges Auftreten des Rombergschen Phänomens. Bei der Sektion der sterbend eingelieferten Frau fand sich eine Hernia obturatoria, wobei der tiefe Ast des Nervus obturatorius über der vorderen Fläche des Bruches verlief. Die Vena obturatoria entsprang aus den epigastrischen Gefäßen. Im canalis obturatorius drehte sich das Lagerverhältnis zwischen Gefäßen und Nerven. Ferner fand sich neben der rechtsseitigen Hernia obturatoria eine gleichseitige Hernia labialis und beiderseits Femoralhernien, von denen die linksseitige von den Gefäßen herabstieg. Zinner empfiehlt bei der Hernia obturatoria die Laparotomie.

Kindl 1912: Patientin im dritten Monat gravid, Schmerzen nach dem rechten Oberschenkel ausstrahlend, am folgenden Tage Darmsteifung in der Nabelgegend. Laparotomie wegen Darmverschluß (im rechten Foramen obturatorium eine Dünndarmschlinge), Resektion eines 1,5 cm langen Stückes der pars horizontalis des Schambeins. Resektion der gangränösen Schlinge, Heilung. Die Laparotomie ist nach Kindl der Herniotomie im Scarpaschen Dreieck vorzuziehen. Die Resektion eines Stückes des Schambeins und zwar des horizontalen Astes erleichtert nach ihm den Eingriff sehr.

Zwalenburg 1913: Es handelt sich um einen Fall doppelseitiger Hernie bei einer 76jährigen Frau, die keine Einklemmungserscheinungen zeigt. Diagnose wird gestellt auf Grund des Rombergschen Phänomens und Schmerzen bei Druck auf das Foramen obturatorium. Laparotomie in Aethernarkose, Becken wird hochgelagert, die Bruchsäcke invertiert und fixiert. Darauf Heilung und Verschwinden der Beschwerden. Zwalenburg erklärt das Rombergsche Phänomen als Sensibilitätsstörungen am Oberschenkel infolge von Druck auf den Nervus obturatorius.

Über einen weiteren Fall ist in der Berliner Klinischen Wochenschrift kurz referiert. Das Protokoll darüber lautet: Fränkl berichtet über einen Fall von operierter Hernia obturatoria, deren Reposition nicht gelang. (1911.)

Im Anschluß hieran lasse ich die Krankengeschichten der Würzburger chirurgischen Universitätsklinik folgen.

1. Schm. Justine. Eintritt 15. Dezember 1909, Exitus letalis 17. Dezember 1909.

Anamnese: Die Frau will bisher gesund gewesen sein. Etwaige Symptome, die an eine Hernia obturatoria denken ließen, waren keine zu erheben. Vor vier Tagen erkrankte sie plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Nabelgegend, welche diffus in den ganzen Leib ausstrahlten. Bald darauf erfolgte Erbrechen, seit 2½ Tagen sehr reichlich und fäkulent. Wenig Stuhl, zuletzt vor 48 Stunden. Seither gehen auch keine Winde mehr ab. Ausstrahlende Schmerzen in dem rechten Oberschenkel fehlen. In den zwei Tagen des bestehenden Jleus ist die Frau stark heruntergekommen.

Status: Sehr korpulente, zyanotische Frau; Temperatur 37,6, Puls 140, klein, unregelmäßig. Starke Struma, Stridor. Zunge trocken, Herztöne nicht wesentlich verändert.

Abdomen: Diffuser Meteorismus. Man erkennt durch die dicke Fettschicht einige pralle Dünndarmschlingen. Colon nicht gebläht. Leberdämpfung klein. Zirka handtellergroße Nabelhernie. Sonst keine Hernien. Man hält die Nabelhernie für die Ursache des Jleus. Sofort Operation: Schnitt bis zur Symphyse, legt Nabelhernie frei. Bei Absuchen der hier vorliegenden Darmschlingen lassen sich zwar starke Verwachsungen, jedoch keine Einklemmung konstatieren. Auspacken der Därme. Dünndarm mächtig gebläht. Coecum leer. 30 cm lange collabierte Dünndarmschlinge führt nach dem rechten Foramen obturatorium. Serosa bereits getrübt, seifiges hämorrhagisches Exsudat. Von innen läßt sich nur mit Mühe eine Einklemmung im Foramen obturatorium dextrum feststellen. Tamponade. Es handelt sich um eine Littresche Hernie. Man durchtrennt den Darm und entleert nach Möglichkeit den Inhalt, zirka 1,5 l, dann wird die gangränöse Partie vom zuführenden Darm reseziert und zwischen den beiden Enden eine Anastomose hergestellt. Drainage.

Patientin geht nach 36 Stunden im Collaps zugrunde.

2. Gr., 61 Jahre alte Frau, Eintritt in die Klinik 10. Juli 1911. Patientin sehr apathisch, gibt verkehrte Antworten, soll schon längere Zeit Schmerzen in der linken Unterleibsgegend gehabt und oft erbrochen haben. Am 9. Juni soll der Leib stärker aufgetrieben worden sein und Patientin hatte den ganzen Tag Erbrechen von dünnflüssigen, gallig aussehenden Massen. Keinen Stuhlgang mehr seit 8. Juli. Lineäre Hautnarbe in der Jleocoekalgegend. Stark abgemagerte, kachektisch aussehende Frau. Abdomen: Ziemlich aufgetrieben, durch die Bauchdecken verschiedene, stark geblähte Darmschlingen, aber ohne besondere Peristaltik sichtbar. Überall tympanitischer Schall, Druckempfindlichkeit am unteren Ende des Colon descendens. 10. Juli: Operation. Schnitt in der Mittellinie und zwar in der obenerwähnten Narbe. Eröffnung des Abdomens: Eine stark hämorrhagische, prall gefüllte Dünndarmschlinge liegt vor. Sie wird nach sorgfältiger Abdeckung durch Darmtücher mittelst Troikart eröffnet, und reichliche grüngelbe, etwas breiartige Flüssigkeit wird entleert. Nach neuer Abdeckung durch Darmtücher Schluß der Öffnung durch zweimalige Übernähung. Hierauf wird der Darm abgesucht, bis man auf ein im Foramen obturatorium eingeklemmtes Stück Darm kommt. Mit einem raschen Ruck wird dieses gelöst. Obwohl collabiert, erholt sich jedoch die eingeklemmte Partie zusehends ziemlich rasch. Schluß der Schnittöffnung und steriler Verband. Kampher und Coffein. 11. Juli: Kochsalzeinlauf. Den ganzen Tag willkürlicher Abgang von dünnem, grünlich gefärbtem Stuhl. 16. Juli: Exitus letalis.

3. H. Johann, 66 Jahre alt, Metzger. Eintritt 24. Januar 1912. Patient erkrankte vor zirka acht Tagen mit Leibschmerzen. Temperatur völlig normal. Puls 60. Rechts vom Nabel bestand damals in der Tiefe Druckschmerz. Defense musculaire fehlte. Jleocoekalgegend war vollständig frei. Bei diesem Anfall wurde Gallensteinkolik diagnostiziert. Einige Tage darauf erfolgte nach Einlauf Stuhl, auch Blähungen sollen abgegangen sein. Auch am 23. Januar erfolgte auf Einlauf etwas Stuhl, mit dem ebenfalls einige

Blähungen abgegangen sein sollen. Der jetzige Symptomen-Complex ließ an Ileus denken. Am 24. Januar Erbrechen copiös, etwas fäkulent. Puls 84. Leib teilweise, besonders rechts aufgetrieben. Mitunter scheinen Darmsteifungen rechts sichtbar zu sein. Keine Blähungen. Anfangs etwas Morphium, in den letzten Tagen Abführmittel, sonst nichts. Auf dem Transport nicht gebrochen; einmal sollen Gase abgegangen sein. 24. Januar Befund: Patient sieht verfallen aus, Atmung nicht beschleunigt, nicht besonders oberflächlich. Zunge belegt, aber feucht. Abdomen: Nur gering aufgetrieben. Beiderseits Leistenbrüche, links größer als rechts, aber nicht schmerzhaft und gut reponibel. In der rechten Bauchseite besteht etwas mehr Auftreibung als links. Auf Massieren tritt hier manchmal Steifung auf, doch nur träge und ohne deutliche Schlingenzeichnung. Sie liegt ziemlich weit außen und geht gegen das Epigastrium zu, sodaß an Dickdarmverschluß in der Milzgegend gedacht wird. Ampulle leer und weit, vom Rectum aus keine besondere Empfindlichkeit oder Resistenz; am Handschuh weder Blut noch Schleim. Beim Auftreten von Steifung lokalisieren sich die Schmerzen in die Nabelgegend. Kein Tumor und kein Ascites festzustellen. Im Magen zirka $^1/_2$ Liter hellgelbe, fäkulent riechende Flüssigkeit. Puls zwischen 80 und 90, etwas weich; Herz o. B.; über den Lungen reichlich Rhonchi zu hören.

Operation: Schnitt in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse. Es drängen sich sofort geblähte Dünndarmschlingen vor, bei deren Verfolgung man auf eine Einklemmung einer rechtsseitigen Hernia obturatoria kommt. Durch Zug am Darm wird der Bruchsack und Schnürring kraterfrömig aus dem canalis obturatorius herausgezogen. Mit raschem Ruck läßt sich die eingeschnürte Schlinge aus dem Zweimarkstück-großen Ring ziehen. Schnürring ist lädiert, erholt sich ebenso wie die im Bruchsack gelegene Schlinge sichtlich. Der zuführende Darm entleert sich gleich nach Lösung in den abführenden. In der ganzen oberen Bauchgegend sind die Darmschlingen durch breite Adhäsionen untereinander verbacken. Die Einklemmung liegt

etwa im oberen Jleum. Reposition, Naht. Anfangs subnormale Temperatur. Abgang von Gasen spontan.

27. Januar: Auf Einlauf Stuhl.

30. Januar: Zunahme der Bronchitis, Inhalation.

3. Februar: Nähte entfernt, da Wunde per primam geheilt.

5. Februar: Geheilt entlassen. Soll später zur Operation der Leistenbrüche kommen.

Gibt nachträglich an an der Innenseite des rechten Oberschenkels nie Schmerzen gehabt zu haben.

4. 62jährige Frau wird in dekrepidem Zustand und unter ileusartigen Erscheinungen, die vor einigen Tagen auftraten, in die Klinik eingeliefert. Es besteht Druckempfindlichkeit unter dem Schambein, in der Regio obturatoria. Ferner ist vom Rectum aus deutlich ein Strang, der in die Gegend des Foramen obturatorium zieht, zu palpieren. Da auch das Howship-Rombergsche Symptom positiv, wird eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hernia obturatoria incarcerata gestellt.

Operation: Es wird zunächst die Herniotomie ausgeführt. Schnitt parallel zur Femuraxe, in der Mitte zwischen Arteria femoralis und Symphyse. Nach Spaltung der Faszie wird der Musculus pectineus nach außen abgezogen, sodaß deutlich eine Geschwulst, unzweifelhaft von einer vorliegenden Hernia obturatoria herrührend, gefühlt werden kann. Hierauf Verschluß der Schnittwunde und Laparotomie. Schnitt oberhalb des Poupartschen Bandes. Das eingeklemmte Stück Darm wird mit einem raschen Ruck aus seiner Umklammerung befreit. Wegen bereits stark fortgeschrittener Gangrän Resektion der eingeklemmten Partie. Drainage. Exitus letalis in Collaps.

Bevor ich nun näher auf diese Fälle eingehe, sei es mir gestattet, kurz die anatomischen Verhältnisse der Hernia obturatoria zu schildern.

Das Foramen obturatorium wird von drei Knochen umgrenzt, dem Schambein, Sitzbein und Hüftbein, und ist nach außen abwärts gerichtet. Bald oval, bald dreieckig, letzteres namentlich bei Frauen, wird es von einer doppelblätterigen

Membran, der Membrana obturatoria, völlig überspannt bis auf eine Stelle, eben die, durch die die Hernia obturatoria ihren Weg nimmt. Wir finden sie im oberen inneren Rande des Foramen obturatorium, wo Gefäße und Nerv das Becken verlassen. Es sind dies die Arteria obturatoria, ein Ast der Arteria hypogastrica, die Vena obturatoria, die in die Vena hypogastrica mündet, und der Nervus obturatorius vom 2., 3. und 4. Lumbalnerven. Wie an anderen Bruchpforten, so spielt auch hier die Gefäßlücke die Rolle des prädisponierenden Faktors einer Hernie. „Der Weg dieser Gefäße ist hinten durch den Musculus obturator internus und auf der vorderen Seite durch den Musculus obturator externus auf eine größere Ausdehnung abgegrenzt, sodaß man von einem canalis obtoratoris sprechen kann.“ (Graser.)

Was das gegenseitige Lageverhältnis von Gefäßen und Nerv betrifft, so liegt die Arterie meist nach innen und unterhalb vom Nerven, falls sie ein Ast der Arteria hypogastrica ist. Entspringt sie jedoch der epigastrischen Arterie, so ist ihr Verlauf etwas geändert, sie umkreist das Schambein, um sich dann ebenfalls unter den Nerv und an dessen Innenseite zu legen. Der Nerv, der sich in einen ramus anterior sive superficialis und einen ramus posterior sive profundus spaltet, liegt meistens oben und außen, die Vene außen und zwischen beiden die Arterie. Dies die anatomischen Verhältnisse.

Zinner (1900) unterscheidet nach dem von Meyerschen Lehrbuch der Anatomie eine Hernia incompleta, wenn der Bruchsack innerhalb des Kanals bleibt, daher auch der Name Hernia intracanalis, und eine Hernia completa, wenn der Bruchsack die äußere Öffnung passiert. Im letzteren Falle geht die Hernia obturatoria ihren bestimmten Weg, nämlich meistens den längs der Äste des Nervus obturatorius. Daraus entsteht die Einteilung der Hernia obturatoria in drei Unterarten:

1. Hernia obturatoria anterior sive superficialis; sie folgt dem ramus anterior.
2. Hernia obturatoria posterior sive profunda; folgt dem gleichnamigen Ast des nervus obturatorius.

3. Hernia obturatoria intramembranacea; sie bleibt zwischen den beiden Blättern der membrana obturatoria.

Da nun der ramus anterior der stärkste Ast und am reichlichsten von Fett umgeben ist, so ist diese Form der Hernia obturatoria die häufigste. Es liegt die Bruchgeschwulst unter dem Musculus pectineus. Schon seltener ist die zweite Art, die Hernia obturatoria posterior. In diesem Fall reicht der Bruchsack, falls er nur klein ist, bis zum oberen Rande des Musculus obturator externus, während ein größerer zwischen der oberen und mittleren Partie dieses Muskels hervortritt, sodaß er dann ebenfalls unter den musculus pectineus zu liegen kommt. Die dritte Form ist die seltenste.

Was nun das Vorkommen der Hernia obturatoria in Bezug auf Alter und Geschlecht betrifft, so verteilen sich die Fälle, soweit sie mir seit 1908 aus der Literatur bekannt sind, folgendermaßen:

46—50 . . .	1	66—70 . . .	1
50—55 . . .	1	70—75 . . .	3
56—60 . . .	2	76—80 . . .	1
60—65 . . .	1	80—85 . . .	1

Auch diese Zahlen bestätigen die Hernia obturatoria als eine für das Greisenalter charakteristische Krankheit. Ebenso sprechen die statistischen Zahlen für eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts seitens der Hernia obturatoria. Es finden Englisch (1901) unter 108 Fällen 96 Frauen und 12 Männer, Eckstein unter 45 40 Frauen und 5 Männer. Fast genau das gleiche Verhältnis, 11 : 1, läßt sich aus den seit 1908 veröffentlichten Fällen berechnen. Stellt man nun sämtliche Fälle der Literatur zusammen, so findet man das weibliche Geschlecht mit 93,75 % bei dieser Bruchform vertreten. Diese auffallende Tatsache läßt sich nach den verschiedenen Ansichten auch verschieden begründen. So erblicken die Einen in einer vorausgegangenen adhaesiven Peritonitis mit Divertikelbildung des Peritoneums die eigentliche Ursache der Hernia obturatoria, wie sie meist beim männlichen Geschlecht zutrifft, während andere auf einen anderen Umstand, der nur für das weibliche Geschlecht zutrifft, Gewicht legen, das sind die voraus-

gegangenen, oft recht zahlreichen Schwangerschaften. Gerade hiefür erscheint ein Grund sehr plausibel, den Gelpke angibt, das ist die sogenannte Histomalacie, die Erweichung der Gewebe, sei es nun von Knochen oder Bindegewebe, wie sie ja bei Gravidität beobachtet wird. Zu dem kommt noch Erschlaffung und Dehnung des Peritoneums, die dieses gerade in der regio obturatoria erfährt. Zieht man dann noch weiter in Betracht, daß infolge der starken Beckenneigung bei der Frau erstens der canalis obturatorius mehr senkrecht verläuft als beim Manne, und zweitens gerade die regio obturatoria deshalb einen stärkeren intraabdominellen Druck auszuhalten gezwungen ist, so lassen diese Momente die Bevorzugung des weiblichen Geschlechts seitens der Hernia obturatoria begreiflich erscheinen.

Was die Diagnose der Hernia obturatoria betrifft, so wird man höchst selten in der Lage sein, sie sogleich festzustellen, außer dann mit einiger Sicherheit, wenn sie Einklemmungserscheinungen hervorruft. Die versteckte Lage der Hernie ist es vor allem, die ihre Erkennung so ungemein erschwert, nicht minder aber auch die unbestimmten und wechselnden Erscheinungen, die sie verursacht. Vor allem wird man die Anamnese berücksichtigen müssen. So werden wir in ihr meist solche Angaben finden, die uns zunächst auf eine gestörte Darmfunktion hinführen; ich meine damit das Auftreten von peritonitischen Reizerscheinungen, die als vorübergehende Einklemmungserscheinung zu deuten wären, wie Übelkeit, Brechneigung, Stuhlverstopfung und empfindlicher Leib, ja sogar Collaps. Ferner wird nach Hilgenreiner auch darauf Gewicht zu legen sein, ob diese Symptome nach den Aussagen der Patienten ebensoschnell verschwunden, als sie aufgetreten sind. Ein weiteres, anamnestisches, zugleich aber eines der wichtigsten Momente zur Diagnosenstellung bildet das sogenannte Howship-Rombersche Phänomen. Es besteht in Schmerzen und Sensibilitätsstörungen desjenigen Oberschenkels, auf dessen Seite die Hernie gelegen ist, und wird durch Druck der Bruchgeschwulst auf den nervus obturatorius hervorgerufen. Es werden also die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen

im ganzen Verbreitungsgebiet des genannten Nerven, hauptsächlich aber den Adductoren zu finden sein. Leider ist einerseits dieses Symptom nur in der Hälfte der Fälle anzutreffen, andererseits ist es jedoch auch wieder mit einiger Vorsicht zu benützen, da es differentialdiagnostisch, worauf ich unten noch zu sprechen komme, Schwierigkeiten machen kann.

Das wären drei Punkte, die aus der Anamnese zu erheben sind. Weitere Anhaltspunkte kann uns der Befund liefern. Leider sind auch diese ebenso inconstant als die vorhergehenden, sodaß die Diagnose ungemein schwierig, ja manchmal ganz unmöglich zu stellen ist. Es kommt hier in Betracht die Geschwulst im Scarpaschen Dreieck und die Druckempfindlichkeit unterhalb des horizontalen Schambeinastes. Daß erstere nicht oft zu konstatieren ist, wird klar werden, wenn man sich an die Lage der Hernie unter den Muskeln pectineus, adductor longus et brevis, event. noch obturator externus erinnert. Schon konstanter ist die Druckempfindlichkeit des Foramen ovale. Weiter wird uns der Befund noch eine krankhafte Flexion des Oberschenkels in der Hüfte aufweisen können, ein Symptom, das aber jedenfalls nicht unbedingt für eine vorliegende Hernia obturatoria spricht. Zur Vervollständigung der Erhebung des Befundes muß sodann noch eine Untersuchung vaginal bezw. rectal angeschlossen werden, die in einem auf Hernia obturatoria verdächtigen Falle oft noch Klarheit zu verschaffen imstande ist. Ich meine damit die Palpation eines Stranges, der ausgehend vom Darm oder Netz zur vorderen Beckenwand gegen das Foramen obturatorium hinzieht, oder einer kleinen unter dem horizontalen Schambeinast gelegenen Geschwulst. Eine eingehende Beschreibung, wie diese Palpation vorzunehmen ist, gibt uns Wullstein in seinem Lehrbuch der Chirurgie:

„Die Palpation ist am besten eine bimanuelle in der Weise, daß die eine Hand auf das Foramen ovale aufgelegt wird und die andere entweder nach Entleerung der Harnblase von der Vagina oder vom Rectum aus das Hereintreten eines Stranges an der vorderen Becken-

wand zu konstatieren sucht, oder bei Beugung, Adduction und Außenrotation zur gleichzeitigen Entspannung des pectineus, der Adduktoren, des Jleopsoas und des Obturator externus dadurch, daß sie vom aufsteigenden Schambeinast aus hinter dem Musculus adductor longus nach hinten, außen und oben vordringt, eine kleine Geschwulst dicht unter dem horizontalen Schambeinast hinter dem Pectineus und einwärts von den großen Schenkelgefäßen nachzuweisen sucht, die bei der Palpation schmerzhaft ist, und deren Schmerzhaftigkeit bei Streckung, Abduction und Innenrotation infolge Kompression der Bruchgeschwulst durch die genannten Muskeln zunimmt resp. die bei Kontraktion der Adduktoren und des Pectineus verschwindet."

Wenn ich also nochmals kurz rekapitulieren darf, so begründet folgender Symptomenkomplex die Diagnose der Hernia obturatoria: vorausgegangene peritonitische Reizerscheinungen, deren plötzliches Auftreten und ebenso plötzliches Verschwinden, und das Howship-Rombergsche Phänomen. Beim Befund sind es eine Vorwölbung im Scarpaschen Dreieck und Druckempfindlichkeit der regio obturatoria, ferner die krankhafte Beugung des Oberschenkels in der Hüfte und der durch vaginale bezw. rectale Untersuchung nachzuweisende, zum Foramen obturatorium hinziehende Strang.

Als Differentialdiagnose erwähnt Hilgenreiner: Abszeß der Leistengegend, Lipom, verhärtete Lymphdrüsen, Varix, Aneurysma, Obstipation und ein intraperitoneales Beckenexsudat. Ferner wäre noch an eine Osteomyelitis des Schambeines zu denken, wie ein Fall Krönleins lehrt. Am meisten macht die Diagnosenstellung Schwierigkeiten bei Vorhandensein des Howship-Rombergschen Phänomens. Denn das intraperitoneale Beckenexsudat sowohl, als auch die Osteomyelitis können dieses auslösen, ja sogar Jleuserscheinungen hervorrufen, sodaß mitunter eine sichere Diagnose sofort überhaupt nicht gestellt werden kann. Von der Schenkelhernie ist die Hernia obturatoria wohl leicht zu unterscheiden. Denn diese ist immer mehr nach unten,

etwas tiefer und mehr medial als jene gelegen; auch ist ihre Bruchpforte von der Hernia femoralis durch den ramus horizontalis ossis pubis getrennt und wegen der tiefen Lage und dichten Überlagerung von Muskeln nie so gestielt und palpabel als jene.

Eine auffallende Tatsache bei der Hernia obturatoria bildet ihre schlechte Prognose. Es hat dies verschiedene Gründe. Zunächst bekommen wir sie zumeist in eingeklemmtem Zustande, der womöglich noch dazu schon längere Zeit angehalten hat. Zweitens bildet das hohe Alter und die fast immer bestehende Dekrepidität der Patienten eine große Gefahr. Wenn auch der Prozentsatz der Mortalität in den letzten Jahren gemindert wurde — Gibson (1900) berechnet einen solchen von 86 % —, so ist er immer noch erschreckend hoch. Eckstein gibt eine gesamte Mortalität von 64 % an, die ich mit 61,5 %, also eine immer noch sehr hohe Zahl, bestätigen kann. Die ungünstigste Prognose geben natürlich die nicht operierten Fälle. Schon besser ist sie bei Ausführung der Herniotomie im Scarpaschen Dreieck, verhältnismäßig das beste Resultat liefert uns die Laparotomie; diese ev. mit jener verbunden ist jetzt anerkannt die dankbarste Therapie der Hernia obturatoria.

Da wie bereits oben erwähnt der nicht eingeklemmte Bruch des eirunden Hüftloches außerordentlich selten beobachtet wird, und wenn, dann nur als Zufälligkeitsbefund ohne jegliches Symptom, kommt hiefür eine Therapie wohl selten in Frage. Im Falle der Einklemmung aber, die ein Einschreiten dringend notwendig macht, ist das nächstliegende die Taxis. Jedoch hat diese in der Enge der Bruchpforte sowohl, als auch in der durch die strenge Einschnürung bedingten, frühzeitigen Gangrän des Darmes ihre Kontraindikation. Ferner macht die nur wenig zugängige Lage der Hernie die Taxis unmöglich, Gründe, die auch das Tragen eines Bruchbandes als zwecklos erscheinen lassen. Man wird also, will man nur einigermaßen Aussicht auf Erfolg haben, den operativen Weg beschreiten müssen, nämlich die Ausführung der Herniotomie im Scarpaschen Dreieck oder der Laparotomie. Jene, zuerst geübt, wurde

bald verlassen, seit es gelang der Laparotomie ihre Gefahren zu nehmen und noch dazu der Erfolg der Herniotomie nicht befriedigend war. Schon auf dem Chirurgenkongreß (1900) sprachen sich beinahe die meisten Operateure für die Laparotomie aus, deren Wert auch in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren gerühmt und bestätigt wird. (Zinner, Kindl.) Die Herniotomie hat ihre Nachteile in der Unübersichtlichkeit des Operationsfeldes und in der großen Gefahr der Verletzung und Blutung der Arteria obturatoria, deren Stillung äußerst schwierig werden kann. Eine Indikation jedoch wäre in zwei Fällen für sie gegeben:

1. zur Bestätigung einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hernia obturatoria,
2. zur Erleichterung der Laparotomie, der Lösung des Darms aus seiner Einklemmung.

Die Laparotomie selbst wird mit einem Schnitt ungefähr in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel auszuführen sein. Hierauf zieht man nach sorgfältiger Abdeckung der Bauchdecken mittelst Darmtücher den den Bruchinhalt bildenden Darm mit einem raschen Ruck hervor und reseziert im Falle einer Gangrän. Für den Verschluß der Bruchpforte sind zwei Angaben gemacht worden, zunächst eine von Bardenheuer. Er will die Pforte mit einem Periostknochenlappen vom ramus descendens des os pubis verschließen, während Sträter aus dem Musculus pectineus einen Stiel formt, diesen mittels angelegter Fäden durch den canalis obturatorius zieht und diese durch die Aponeurose führt und knotet, so daß also auf diese Weise ein Verschluß der Bruchpforte erzielt wird. Die Laparotomie, mit einer dieser Verschlußmethoden verbunden, wird die beste Therapie der Hernia obturatoria abgeben.

Rezidive nach Radikaloperation sind in der Literatur außerordentlich selten, nur drei an der Zahl, beobachtet worden.

Wenn ich also nochmals kurz zusammenfassen darf, so wird die Hernia obturatoria meist nur in ihrem eingeklemmten Zustande beobachtet; jedoch ist auch hiebei die Diagnose

nicht allzuselten eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Der Bruch des foramen obturatorium ist wohl eines der am schwierigsten zu erkennenden Bruchleiden. Er stellt eine das weibliche Geschlecht bevorzugende Krankheit, speziell des Greisenalters dar, leider mit ziemlich unsicherer Prognose, und verlangt, wenn nicht für die Operation als solche eine ganz besondere Kontraindikation besteht, stets ein operatives Eingreifen.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, Herrn Privat-Dozenten Dr. Lobenhoffer für die Überlassung dieser Arbeit und Unterstützung derselben sowohl, wie auch für Übernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Auerbach: Ein Beitrag zur Lehre von der Hernia obturatoria. Dissertation 1890.
2. von Bergmann: Über einen Fall von Hernia obturatoria incarcerata. Deutsche medizinische Wochenschrift 1895.
3. Dehner: Zwei Fälle von Hernia obturatoria. Dissertation, Freiburg 1897.
4. Englisch: Über Hernia obturatoria. Dissertation, Freiburg 1897.
5. Fischer, Roman: Beiträge zur Lehre über die Hernia obturatoria.
6. Fränkel: Berliner klinische Wochenschrift 1911.
7. Le Eroissant de Garngot: Mem. pur. plusieurs Hernies singulières. Mem. de Chirurgie, Paris 1743.
8. Grünfeld: Om Hernia foraminis ovalis. Kjöbenhavn 1883.
9. Graser: Die Lehre von den Hernien im Handbuch der praktischen Chirurgie. 1902.
10. Grüneisen: Zur Kasuistik der Hernia obturatoria incarc. Archiv für Chirurgie. Bd. 83.
11. Kindl: Prager medizinische Wochenschrift Nr. 17 1912.
12. Könlein: Über die Bedeutung des Howship-Rombergschen Symptomen-Komplexes bei der Hernia obturotoria incarc. Bruns, Beitrag Band 6.
13. Körte: Über zwei Fälle von Hernia obturatoria: Deutsch-chirurgischer Kongreß 1900.
14. Landerer: Beitrag zur differentiellen Diagnose der Hernia obturatoria. Chirurgische Beiträge, Festschrift für Bruno Schmidt 1896.
15. Maydl: Lehre der Unterleibsbrüche.
16. von Meer: Über wiederholte Einklemmungen ins Foramen obt. Kombiniert mit Volvulus ilei. Deutsch, Zeitschrift für Chirurgie, Band 60.
17. Meyer, Erich: Hernia obturatoria. Dissertation 1914.
18. Schmidt, Benno: Brüche in „Deutsche Chirurgie" Band 47 1896.
19. Schmidt: Hernia obt., Dissertation Göttingen 1900.

20. Splittgerber: Beiträge zur Lehre von der Hernia obturatoria. Dissertation, Greifswald 1892.

21. Schopf: Hernia obt. tubae et ovarii sinistri. Wiener klinische Wochenschrift 1903.

22. Schwarzschild: Osteoplastischer Verschluß einer Hernia obt. nach dreimaliger Einklemmung im Foramen obt. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 74.

23. Sträter: Die Radikaloperation der Hernia obt. Zentralblatt für Chirurgie 1905.

24. Wullstein-Wilms: Lehrbuch der Chirurgie.

25. Zinner: Zeitschrift für Chirurgie. Band 103, 1910.

26. Zwalenburg: Zentralblatt für gesamte Chirurgie 1913, 2 Bände.

Lebenslauf.

Ich, Walter Gampert, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 19. September 1888 zu Neureichenau in Niederbayern als Sohn des Kgl. Forstrates Albert Gampert in Passau und wohne zurzeit in Nürnberg.

Nach Besuch der Volksschulen zu Kaufbeuren und Passau und des Gymnasiums zu Passau erwarb ich mir Juli 1908 das Reifezeugnis am Gymnasium in Passau. Hierauf besuchte ich die Universitäten München 4, Erlangen 2, Würzburg 4 Semester.

Die ärztliche Prüfung habe ich an der Universität Würzburg am 15. Oktober 1913 abgelegt. Vom 15. Januar bis 30. April 1914 praktizierte ich an der chirurgischen Universitätspoliklinik Würzburg, vom 1. Mai 1914 ab an der dermatologischen Abteilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses zu Nürnberg. Anfang August 1914 wurde ich approbiert und zugleich zum Assistenzarzte dieser Abteilung ernannt. Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Privat-Dozenten Dr. Lobenhoffer verfaßt.

Nürnberg, den 15. Januar 1915.

Walter Gampert.